



UILCA GRUPPO MPS *FOCUS*

ANNO II - NUMERO I

GEN - MAR 2012

In questo numero parliamo di...

ASSISTENZA SANITARIA... *in pillole*

Carissime Iscritte,
Carissimi Iscritti,

in questo numero di **UILCA Gruppo MPS Focus**, viene proposta una sintesi delle circolari aziendali che trattano in maniera approfondita la materia dell'assistenza sanitaria ai Dipendenti della Banca Monte dei Paschi di Siena S.p.A.

In apertura, ampio spazio è dedicato al **programma di rimborso per le spese mediche** sostenute dai Lavoratori, tramite la cassa sanitaria **CASPIE**. Tali modalità di rimborso sono previste anche per i familiari che sono inseriti nel "Programma di Assistenza". (D1557)

Il secondo argomento trattato è la **Long Term Care**, ovvero una polizza stipulata dalla Banca in favore del Personale, che eroga un indennizzo a fronte del riconoscimento dello stato di non autosufficienza del Lavoratore, superiore a 90 giorni. (D1452)

L'**assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro (INAIL)** è invece analizzata a pagina 19, dopo aver definito la nozione di infortunio sul lavoro. (D775)

In chiusura del giornale, viene esaminata la **polizza cumulativa infortuni a favore dei Dipendenti della Banca**, che assicura i rischi dell'invalidità permanente e l'evento della morte conseguenti, in maniera diretta ed esclusiva, agli infortuni sia professionali che extraprofessionali. (D195)

Si raccomanda in ogni caso, per completezza di informazioni, una lettura integrale della normativa di riferimento

Buona lettura.

SOMMARIO:

Editoriale di B. Sabatini	1
Programma di rimborso spese mediche per i dipendenti della banca	2
Prestazioni	3
Prestazioni relative al sotto-fondo destinato al personale in servizio	4
Prestazioni relative al sotto-fondo vincolato per cure dentarie	9
Nucleo familiare assistito	11
Utilizzo strutture sanitarie convenzionate con CASPIE	13
Presentazione delle richieste di rimborso	14
Polizza LONG TERM CARE	15
Prestazioni Servizi	16
Estensione dei servizi	17
Definizione non autosufficienza	18
Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro	19
Polizza cumulativa infortuni a favore dei dipendenti della banca	20
Indennizzo	21
Denuncia infortuni	22
Procedura di indennizzo	22
Liquidazione del danno	23

Benedetta Sabatini
Comitato di Redazione



Programma rimborso spese mediche per i dipendenti della banca

Documento 1557 Normativa Aziendale Banca Monte dei Paschi di Siena S.p.A.

Si sintetizzano le caratteristiche del “Programma di Rimborso Spese Mediche (RSM)” adottato dalla Banca MPS a decorrere dal **1 gennaio 2012**.

Tale programma si rivolge a:

Quadri Direttivi di 3° e 4° livello
 Quadri Direttivi di 1° e 2° livello ed alla 1a, 2a e 3a Area Professionale

I Dirigenti ed il personale in quiescenza ricevono comunicazione specifica.

RIFERIMENTI OPERATIVI TELEFONICI E INTRANET

CASSA SANITARIA CASPIE: NUMERO VERDE 800254313

TASTO 1 assistenza medica d’urgenza, attivo 24 ore al giorno, 365 giorni l’anno;

TASTO 2 informazioni sulle richieste di rimborso: lun - ven 9:00-13:00 e 15:00-17:00

TASTO 3 informazioni **sulla normativa assistenziale:** lun - ven 9:00-13:00

TASTO 4 informazioni sulla “RETE” di Strutture e Operatori Sanitari in convenzione con la CASPIE: lun - ven 9:00-13:00 e 15:00-17:00

Servizio Amministrazione Risorse Umane: inserimento nella polizza del nucleo familiare dell’assistito: **0577 - 29.9392 – 29.3418 - 29.4256.**

www.caspieonline.it (è necessaria la registrazione)

- consulto delle pratiche inviate, dei massimali residui, del nucleo familiare assistito e la normativa di riferimento
- modifica del proprio indirizzo al quale far recapitare dalla CASPIE le eventuali comunicazioni nonché le coordinate del conto corrente sul quale accreditare i rimborsi

INTRANET aziendale

- menu principale dell’Intranet della Banca
- canale “**RISORSE UMANE**” [dipendenti per i quali è attivato il portale “Consorzio Operativo Gruppo MPS” devono accedere al portale della Capogruppo Bancaria che si trova sotto “Gruppo Montepaschi”]
- “**Servizi ai dipendenti**” - “**Programma Rimborso Spese Mediche**”.

E’ possibile visionare:

- **posizione:** per comunicare e verificare il nucleo familiare assistito
- **documentazione:** contiene il testo della presente comunicazione e il modulo di richiesta di rimborso; si trova un apposito link per consentire il collegamento al sito www.caspieonline.it

Il Programma RSM si basa sulla modalità dell'auto assicurazione

Autoassicurazione = prestazioni erogate entro le sole disponibilità finanziarie destinate allo scopo all'inizio di ciascuna annualità e secondo quanto previsto dalla norma

Sono state introdotte, dal 2011, anche le **prestazioni odontoiatriche** (c.d. Decreto Sacconi)

Le prestazioni saranno garantite tramite un **Fondo auto-gestito** e attuato tramite la Cassa Sanitaria CASPIE, regolarmente iscritta all'Anagrafe dei Fondi, Casse, enti e società di mutuo soccorso.

Le **disponibilità** del Fondo sono costituite:

- dalle somme versate dalla Banca per singola categoria del personale in servizio e in quiescenza;
- contributo per i familiari non a carico;
- quota a carico del personale in quiescenza.

Il Fondo è suddiviso nei seguenti **quattro sotto-fondi**:

- Personale in servizio, comprensivo dei familiari non a carico;
- Fondo vincolato destinato ai rimborsi delle spese per cure dentarie del personale in servizio;
- Personale in quiescenza, comprensivo dei familiari non a carico;
- Fondo vincolato destinato ai rimborsi delle spese per cure dentarie del personale in quiescenza.

L'intero ammontare, al netto delle sole "spese gestionali", sarà destinato ai rimborsi.

I sotto-fondi sono autonomi fra loro ai fini di eventuali riparti e non è previsto alcun meccanismo di compensazione.

Gli importi destinati per le cure dentarie negli specifici Fondi vincolati non potranno essere utilizzati per il rimborso di tipologie di spese diverse.

L'andamento dei Fondi sarà soggetto a **verifiche periodiche** ai fini della salvaguardia dell'equilibrio economico in coerenza con le regole di gestione del sistema di autoassicurazione.

PRESTAZIONI

Il Programma prevede il pagamento delle spese per cure mediche sostenute a causa di una malattia o di un infortunio:

"malattia" ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio

"infortunio" ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

NON RIENTRANO NELLA COPERTURA

- visite, accertamenti e quant'altro concernenti la medicina preventiva, ad eccezione di quanto indicato a pagina 7;
- visite, accertamenti e quant'altro inerenti il seguimiento di normali stati fisiologici (gravidanza, andropausa, menopausa, familiarità, ecc.).

Programma rimborso spese mediche per i dipendenti della banca

PRESTAZIONI RELATIVE AL SOTTO-FONDO DESTINATO AL PERSONALE IN SERVIZIO

A) Ospedaliere

1) in caso di intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, in istituto di cura o anche ambulatoriale od in regime di Day Hospital:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami post intervento durante il ricovero;
- rette di degenza;
- accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuate nei 150 giorni successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico;
- protesi applicate in conseguenza dell'intervento chirurgico.

2) in caso di ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital che non comporti intervento chirurgico:

- accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, medicinali riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza;
- accertamenti diagnostici compresi gli onorari medici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero e nei 90 giorni successivi e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero stesso.

3) in caso di parto fisiologico:

- rette di degenza, accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure, medicinali riguardanti il periodo di ricovero con il limite assistenziale di € 1.550,00 da intendersi come massimale annuo per nucleo familiare.

4) vengono rimborsate, in caso di ricovero, le spese sostenute a fronte di:

- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera, ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'assistito infermo senza alcun limite di importo giornaliero con un massimo di 30 giorni da intendersi come massimale annuo per nucleo familiare per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta con la CASPIE (sia struttura sanitaria che équipe medica) e con il limite giornaliero di € 52,00 per tutti gli altri ricoveri, fermo restando il limite di 30 giorni massimale annuo per nucleo familiare.
- trasporto dell'assistito infermo all'istituto di cura e ritorno effettuato con ambulanza, aereo sanitario od unità coronarica mobile con il limite assistenziale di € 1.550,00, da intendersi come massimale annuo per nucleo familiare.

Queste prestazioni sono operanti anche in caso di Day Hospital con intervento chirurgico.

In caso di Day Hospital senza intervento, saranno operanti solamente per le terapie dovute alle patologie per le quali è previsto il raddoppio del massimale.

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richiama il pagamento di un anticipo, la CASPIE provvederà a rimborsare all'Assistito che ne faccia domanda le spese sostenute a tale titolo entro il 50% del limite di assistenza previsto, salvo conguaglio a cure ultimate.

Il rimborso è effettuato detraendo una **franchigia fissa di € 750,00**, a **carico del dipendente**; la franchigia non viene applicata:

- per i casi in cui è previsto il raddoppio del massimale
- per i casi di ricoveri in regime di convenzione con CASPIE: casa di cura ed Equipe medica convenzionate.

Le spese sostenute per gli **interventi chirurgici ambulatoriali** vengono rimborsate con una **franchigia fissa di € 350,00**, la franchigia non viene applicata:

- per i casi in cui è previsto il raddoppio del massimale
- per i casi di convenzione con CASPIE: casa di cura ed Equipe medica convenzionate.

Per i Quadri Direttivi di 3° e 4° livello il rimborso delle spese di cui ai punti 1), 2), 3) e 4) avviene sempre senza l'applicazione di alcuna franchigia.

L'importo spettante viene comunque decurtato di una somma pari al 15%, che andrà a riparto ad eccezione dei ricoveri per i quali è previsto il raddoppio del massimale.

La copertura per i punti 1), 2), 3) e 4) è prestata fino alla concorrenza della complessiva somma di **€ 51.646,00**, da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno solare e per nucleo familiare assistito.

Per i quadri Direttivi di 3° e 4° livello il massimale annuo per nucleo familiare ammonta a **€103.291,00**.

Qualora l'assistito subisca un intervento chirurgico, anche ambulatoriale, conseguente a:

- patologie cardiocircolatorie;
- patologie renali;
- patologie polmonari;
- patologie cerebrali ed in ogni caso di interventi al cervello, anche a seguito di infortunio;
- malattie oncologiche, anche in caso di ricovero senza intervento;
- trapianti d'organo,

ambidue i massimali di cui sopra devono intendersi raddoppiati.

B) Specialistiche Extraospedaliere

Sono previsti i seguenti esami diagnostici:

- | | |
|---------------------------------------------|--------------------------------|
| - CURVA GLICEMICA DA CARICO | - ESAME URODINAMICO |
| - DIAGNOSTICA RADIOLOGICA | - MOC |
| - DOPPLER | - MONITORAGGIO IMMUNOLOGICO |
| - ECOGRAFIA | - RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE |
| - ELETTROCARDIOGRAFIA | - SCINTIGRAFIA |
| - ELETTROENCEFALOGRAFIA | - TAC |
| - ELETTROMIOGRAFIA | - TELECUORE |
| - ENDOSCOPIA ANCHE CON IL PRELIEVO BIOPTICO | - TELETERMOGRAFIA |

Programma rimborso spese mediche per i dipendenti della banca

e le seguenti terapie:

- **AGOPUNTURA**
- **CHEMIOTERAPIA**
- **DIALISI**
- **FISIOTERAPIA e LASERTERAPIA** (esclusivamente a scopi fisioterapici) A SEGUITO DI MALATTIA quali ictus cerebrale e forme neoplastiche (effettuate entro due anni dalla data di diagnosi) forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche (*sclerosi multipla, la sclerosi amiotrofica ed il morbo di Parkinson*) ed in ogni caso prescritta da medico specialista attestante una diagnosi documentata ed accertata.
- **FISIOTERAPIA e LASERTERAPIA** (esclusivamente a scopi fisioterapici) A SEGUITO DI INFORTUNIO (effettuata entro due anni dalla data dell'infortunio stesso e solo se documentata da verbale di pronto soccorso ospedaliero o equivalente struttura ospedaliera comprovante l'avvenuto infortunio) in ogni caso prescritta da medico specialista.
- **LOGOPEDIA** (prescritta da medico specialista ed effettuata da personale abilitato) per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi;
- **PSICOTERAPIA** (effettuata da medico specialista abilitato) per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi;
- **RADIOTERAPIA**
- **ALTRE TERAPIE** effettuate da medico specialista (escluse quelle a scopo fisioterapico).

La copertura di cui al presente titolo viene accordata fino a concorrenza della somma di **€ 5.165,00**, per anno solare e per nucleo familiare assistito.

I rimborsi vengono effettuati con l'applicazione di uno "**scoperto**" sulle spese effettivamente sostenute e documentate **nella misura del 15%** per sinistro, con un minimo **di € 18,00** nel caso di l'utilizzo delle Strutture Sanitarie convenzionate con CASPIE, secondo la procedura indicata al punto 4, e **di € 50,00** nel caso di utilizzo di Strutture Sanitarie non in convenzione diretta con CASPIE.

Per i Quadri Direttivi di 3° e 4° livello, viene operata una **franchigia del 15%** per sinistro, con un minimo **di € 26,00** nel caso di l'utilizzo delle Strutture Sanitarie convenzionate con CASPIE, secondo la procedura indicata al punto 4 e **di € 50,00** nel caso di utilizzo di Strutture Sanitarie non in convenzione diretta con CASPIE.

Per ambedue le categorie, non viene applicata alcuna franchigia per i rimborsi dei ticket sanitari, cioè la spesa che il servizio sanitario nazionale accolla al cittadino italiano per accertamenti effettuati presso le strutture pubbliche.

L'importo spettante (compreso quello relativo ai ticket sanitari) viene comunque decurtato di una somma pari al 15%, che andrà a riparto.

C) Visite Specialistiche, Accertamenti Diagnostici e Protesi

Sono rimborsate anche:

- visite specialistiche - accertamenti diagnostici - protesi

semprech  *pertinenti ad una malattia e/o infortunio indennizzabili* a termini delle condizioni generali del Fondo ed attestati da idonea certificazione medica. Le spese sono relative a:

- onorari medici relativi a visite specialistiche (no le visite pediatriche);
- analisi ed esami diagnostici e di laboratorio; protesi acustiche ed ortopediche (ci  che sostituisce un organo nelle sue funzioni; no spese relative a plantari, busti ortopedici e similari).

La copertura di cui al presente titolo viene accordata fino a concorrenza della somma **€ 2.582,00**, per anno solare e per nucleo familiare assistito.

I rimborsi vengono effettuati con l'applicazione di uno "**scoperto**" sulle spese effettivamente sostenute e documentate **nella misura di € 18,00** per sinistro, nel caso di utilizzo delle Strutture Sanitarie convenzionate con CASPIE, secondo la procedura indicata al punto 4, e **di € 50,00** per sinistro, nel caso di utilizzo di Strutture Sanitarie non in convenzione diretta con CASPIE.

Per i quadri Direttivi di 3° e 4° livello, viene operata una **franchigia del 15%** per sinistro, con un minimo **di € 26,00** nel caso di l'utilizzo delle Strutture Sanitarie convenzionate con CASPIE, **di € 50,00** nel caso di utilizzo di Strutture Sanitarie non in convenzione diretta con CASPIE.

Per ambedue le categorie, non viene applicata alcuna franchigia per i rimborsi dei ticket sanitari, cio  la spesa che il servizio sanitario nazionale accolla al cittadino italiano per accertamenti effettuati presso le strutture pubbliche.

L'importo spettante (compreso quello relativo ai ticket sanitari) viene comunque decurtato di una somma pari al 15% che andr  a riparto.

D) Medicina Preventiva

Sono rimborsate le spese sostenute per le seguenti prestazioni:

- per gli uomini: spese sostenute per visita cardiologica con ECG, radiografia al torace, accertamento dell'antigene prostatico specifico ed ecografia delle vie urinarie;

- per le donne: le spese sostenute per visita cardiologica con ECG, radiografia al torace, visita ginecologica comprensiva dei relativi accertamenti (pap test ed ecografia), visita senologica comprensiva dei relativi accertamenti (ecografia mammaria e/o mammografia);

- per tutti gli assistiti: un esame del sangue con i seguenti accertamenti: ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatina, emocromo, tempo di protrombina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), VES ed un esame delle urine.

Ciascun accertamento diagnostico o visita specialistica di cui sopra viene rimborsato all'assistito una sola volta per ogni anno solare.

La copertura di cui al presente titolo viene accordata fino a concorrenza della somma di **€ 500,00**, per anno solare e per nucleo familiare assistito.

Il rimborso viene effettuato senza l'applicazione di alcuna franchigia.

L'importo spettante (compreso quello relativo ai ticket sanitari) viene comunque decurtato di una somma pari al 15%, che andr  a riparto .

E) Indennità per Malattie Gravi

Viene corrisposta un'indennità di € 4.000,00 in caso di accadimento in corso di contratto di uno dei seguenti gravi eventi:

Infarto miocardico acuto

Coronaropatia, qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico che provochi ricovero in unità coronarica di almeno 5 giorni. La diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri:

- a) dolore precordiale;
- b) alterazioni tipiche all'ECG;
- c) aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche

Chirurgia cardiovascolare

Procedure di by-pass aorto-coronarico (con vena safena o con arteria mammaria interna); interventi di applicazione di valvola protesica meccanica o biologica
Ictus cerebrale (accidente cerebro-vascolare acuto)
Emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo e motorio presente anche alla data di richiesta di indennizzo

Tumore

Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, la cui diagnosi venga basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera; limitatamente alla sola garanzia in oggetto vengono esclusi i carcinomi in situ (intendendosi per tali i carcinomi che si sviluppano solo localmente con prognosi favorevole, senza tendenza a metastatizzare, aggredibili con le più semplici tecniche chirurgiche) ed i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno

Insufficienza renale

Malattia renale irreversibile in dialisi cronica

Trapianto d'organo

Malattie che comportino la necessità di trapianto di uno dei seguenti organi: fegato, cuore, rene, pancreas, polmone, midollo osseo; è necessaria la certificazione rilasciata dai centri medici autorizzati al trapianto che attesti la necessità dell'intervento e l'inserimento del soggetto in lista di attesa.

La prestazione è operante a condizione che la data della prima diagnosi - comprovata da certificazione medica - sia successiva al 31.12.2010 o comunque successiva alla data di inserimento in copertura dell'assistito.

L'indennità viene erogata in caso di permanenza in vita dell'assistito alla data della richiesta dell'indennità.

La prestazione viene corrisposta all'assistito una sola volta per ciascuna delle malattie sopracitate.

L'importo dell'indennità viene decurtato di una somma pari al 15%, che andrà a riparto.

Limiti delle prestazioni relative al sotto-fondo destinato al Personale in servizio

Sono **escluse** dal rimborso le spese relative a:

- **cure dentarie**; (incluse solo spese per interventi sull'osso mascellare a seguito di cisti, necrosi o tumori). Tutte le altre spese dentarie rientrano nelle prestazioni dell'apposito sotto-fondo vincolato.
- **intossicazioni** conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- lenti ed occhiali;
- **chirurgia plastica a scopo estetico** ad eccezione di quella necessaria per i neonati che non abbiano compiuto il 3° anno di età e di quella a scopo ricostruttivo da infortunio;
- **agopuntura** non effettuata da un medico;
- **infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti** o simili (non assunte a scopo terapeutico);
- **infortuni sofferti** in conseguenza di proprie **azioni delittuose**;
- **inseminazione artificiale**: sono comunque rimborsabili le spese sostenute per le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici finalizzati all'individuazione delle cause dell'infertilità;
- **conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo**, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Prestazioni relative al sotto-fondo vincolato per cure dentarie

Nell'ambito del sotto-fondo vincolato destinato alle spese per cure dentarie del personale in servizio, sono ammesse al rimborso tutte le spese per prestazioni odontoiatriche:

- igiene orale
- terapia conservativa e chirurgica
- radiologia odontoiatrica
- paradontologia

- paradontologia
- protesi
- implantologia
- apparecchi correttivi ortodontici

Le prestazioni odontoiatriche vengono rimborsate, con i seguenti **massimali annui**:

- **€ 800,00** per nucleo familiare assistito, inteso per tale il dipendente ed i familiari a carico;
- **€ 800,00** pro-capite per ciascuno dei familiari non a carico inseriti nell'assistenza.

Tutte le richieste di rimborso delle spese relative all'anno 2012 ed inviate alla CASPIE entro il 31 Gennaio 2013, verranno evase nel **primo trimestre dell'anno 2013**; ogni prestazione è ammessa al riparto entro i massimali di euro 800,00 come sopra definiti.

I rimborsi vengono erogati mediante un **riparto proporzionale** sulla base del rapporto tra l'ammontare delle disponibilità del sotto-fondo e quello delle richieste ammesse al riparto.

Viene garantito un rimborso minimo di €96,00 per le spese pari o superiori a € 96,00.

Se le spese complessive per nucleo sono inferiori al minimo garantito, saranno rimborsate integralmente, sempre nel primo trimestre 2013.

Nel limite dei massimali suddetti, sono ammesse a riparto tutte le spese inviate, senza applicazione di alcuna franchigia; **non sono previsti acconti nel corso dell'annualità.**

Programma rimborso spese mediche per i dipendenti della banca

Auto-assicurazione: le prestazioni vengano erogate entro le sole disponibilità finanziarie destinate allo scopo all'inizio di ciascuna annualità e secondo quanto previsto dall'apposita normativa.

La CASPIE provvederà, pertanto, al pagamento delle prestazioni oggetto dell'assistenza con le seguenti modalità:

prestazioni effettuate in regime di convenzione diretta con le strutture della rete CASPIE:

- le spese sostenute per interventi chirurgici, anche ambulatoriali, conseguenti a patologie cardiocircolatorie, renali, polmonari, cerebrali (compreso interventi al cervello, anche a seguito di infortunio), malattie oncologiche (anche in caso di ricovero senza intervento) e trapianti d'organo, sono corrisposte dalla CASPIE direttamente agli operatori sanitari al **100%** (nei limiti del massimale, cioè della spesa massima rimborsabile);
- le spese relative alle altre garanzie previste dalla normativa, al netto delle franchigie, sono corrisposte dalla CASPIE direttamente agli operatori sanitari nei limiti **dell'85%**. L'assistito, pertanto, dovrà versare direttamente all'operatore sanitario, oltre alla prevista franchigia, anche il **15%** residuo della spesa (nei limiti del massimale, cioè della spesa massima rimborsabile); pertanto, una prestazione effettuata in regime di convenzione diretta dal personale appartenente ai Quadri Direttivi di 1° o 2° livello oppure alla 1a, 2a e 3a Area Professionale, viene così trattata:

- Euro 100,00 costo della prestazione;
- Euro 18,00 franchigia;
- Euro 12,30 $(100,00-18,00) \times 15\%$ quota a riparto, da corrispondere all'operatore sanitario a cura dell'assistito;
- Euro 69,70 importo corrisposto all'operatore sanitario da parte di CASPIE.

prestazioni effettuate **non** in regime di convenzione diretta, le spese sono ammesse al rimborso nel modo seguente:

- le spese sostenute per interventi chirurgici, anche ambulatoriali, conseguenti a patologie cardiocircolatorie, renali, polmonari, cerebrali (compreso interventi al cervello, anche a seguito di infortunio), malattie oncologiche (anche in caso di ricovero senza intervento) e trapianti d'organo, sono ammesse al rimborso al **100%** (nei limiti del massimale, cioè della spesa massima rimborsabile);
- le spese relative alle altre garanzie previste dalla normativa sono ammesse a un **rimborso in acconto pari all'85%** di quanto spettante al netto di franchigie e nel limite del massimale (spesa massima rimborsabile) previsto; pertanto, una spesa per prestazioni fuori Rete sostenuta dal personale appartenente ai Quadri Direttivi di 1° o 2° livello oppure alla 1a, 2a e 3a Area Professionale, viene così definita:

- Euro 100,00 spesa sostenuta per la prestazione
- Euro 50,00 franchigia
- Euro 7,50 quota a riparto $(100,00-50,00) \times 15\%$
- Euro 42,50 rimborso in acconto.

Entro il primo trimestre del 2013, con il meccanismo del **riparto**, verrà effettuato il conguaglio dei rimborsi determinato sulla base delle disponibilità finanziarie residue di ogni sottofondo. Il saldo del rimborso spettante sarà pertanto corrisposto totalmente oppure in proporzione alle rimanenze finanziarie del sottofondo.

Modalità di riparto:

nel caso in cui al termine dell'anno si renda necessario ricorrere a tale strumento, la quota a riparto verrà rimborsata con il seguente ordine di priorità:

1. *al dipendente ed ai rispettivi familiari a carico*
2. *in caso di ulteriore disponibilità, ai familiari non a carico.*

Oggetto:

La quota di spese ammessa a riparto, sia per le prestazioni in rete sia per quelle fuori rete, viene automaticamente memorizzata da CASPIE e quindi non è necessario avanzare alcuna richiesta affinché venga inserita nel riparto finale.

Per le spese dentarie non sono previsti acconti nel corso dell'annualità e pertanto l'intero ammontare, purché ricompreso nel massimale previsto, partecipa al riparto finale dello specifico sotto-fondo vincolato.

La CASPIE provvederà a riconoscere ai dipendenti le somme ammesse a rimborso a mezzo di bonifico bancario sul conto corrente dell'interessato.

A decorrere dal 2012 la CASPIE non restituirà più gli originali dei documenti e, con periodicità trimestrale, inoltrerà un estratto conto liquidativo che riporta gli importi delle singole fatture, l'importo rimborsato e la somma accantonata per il riparto. Pertanto, a decorrere dall'1.1.2012, alle richieste di rimborso potranno essere allegate le fotocopie dei documenti di spesa originali, oltre ad altra documentazione medica. I documenti originali saranno conservati a cura del dipendente per le occorrenze di natura fiscale.

In relazione agli adempimenti suddetti, trascorreranno circa 2-3 mesi dalla data di invio della busta da parte dell'interessato a quella di arrivo al medesimo del rimborso.

Termini di presentazione delle richieste di rimborso

Tutte le spese per prestazioni **effettuate nell'anno 2012** dovranno pervenire alla CASPIE nel più breve tempo possibile e comunque entro **non oltre il 31 gennaio 2013.**

Le richieste pervenute in data successiva, **comunque non oltre il 28 febbraio 2013**, saranno ammesse al rimborso nell'ambito delle eventuali disponibilità residue dei singoli sotto-fondi successive alle operazioni di riparto.

NUCLEO FAMILIARE ASSISTITO

Il contributo corrisposto dalla Banca consente l'attivazione delle prestazioni previste dal Programma RSM in favore del dipendente e dei seguenti **familiari fiscalmente a carico**:

- **coniuge** convivente e non legalmente o effettivamente separato
- **i figli** conviventi (anche non conviventi se fiscalmente a carico).

Sono considerati fiscalmente a carico i familiari che percepiscono un reddito annuo lordo non superiore a Euro 2.840,51; la persona "convivente more uxorio" è sempre considerata non a carico fiscalmente.

Programma rimborso spese mediche per i dipendenti della banca

Si rende altresì possibile – **con contributo a carico del dipendente** - estendere le prestazioni del Programma ai seguenti familiari:

- **il coniuge, non fiscalmente a carico**, purché convivente e non legalmente o effettivamente separato oppure la persona “**convivente more uxorio**”
- **i figli non a carico** conviventi.

Nel caso in cui di un nucleo facciano parte più di un familiare non a carico l'estensione della copertura si rende possibile a condizione che tutti vengano inseriti nel Programma di assistenza.

L'adesione del familiare non a carico deve avere una **durata minima di tre anni**; in caso di mancato rinnovo, al termine delle tre annualità, non sarà possibile l'inserimento del familiare non a carico negli anni successivi.

Per l'anno 2012 il familiare non a carico inserito nel 2011 potrà essere escluso dal nucleo familiare assistito soltanto per i seguenti motivi (adeguatamente documentati):

- separazione o divorzio
- uscita dallo stato di famiglia
- adesione ad altra analoga copertura sanitaria collettiva o individuale
- reddito percepito inferiore al limite per essere considerati non a carico
- decesso.

Per l'anno 2012, il contributo per ogni familiare non a carico, comprensivo del contributo per spese odontoiatriche, è stato fissato in **€370,00** per i dipendenti appartenenti alle Aree Professionali e ai Quadri Direttivi di 1° e 2° Liv. e in **€600,00** per i Quadri Direttivi di 3° e 4° Liv. La copertura decorre dal 1° Gennaio 2012.

La somma suddetta sarà trattenuta sul cedolino stipendi del mese di Marzo 2012.

Il contributo è pari a €222,00 (Aree Professionali e Q.D. 1° e 2° liv.) e a €360,00 (Q.D. 3° e 4° liv.) nel caso in cui la copertura di un familiare inizi nel secondo semestre per i seguenti motivi: assunzione del dipendente, matrimonio o inizio convivenza successiva al 30.6.2012.

La comunicazione dei nominativi che compongono il proprio nucleo familiare, come più sopra definito, deve essere effettuata **OGNI ANNO**.

Dopo il 29.2.2012, sarà possibile inserire nuovi nominativi nel nucleo familiare assistito solo in caso di nascita di figli, di matrimonio o di inizio della convivenza; la comunicazione dell'evento può essere effettuata soltanto in forma cartacea per il tramite del modulo di cui al punto 9, entro 30 giorni dal suo verificarsi.

UTILIZZO DELLE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON CASPIE

La Cassa Sanitaria CASPIE ha stipulato convenzioni con medici specialisti, laboratori di analisi e case di cura per consentire ai propri assistiti di fruire di prestazioni sanitarie senza doverne anticipare il costo poiché è la Cassa stessa a farsi carico del pagamento diretto alle strutture sanitarie.

L'assistito corrisponde alla struttura soltanto l'importo relativo alle eventuali franchigie, **alla quota destinata a riparto**, ed alle spese non ricomprese nelle garanzie.

Per i ricoveri, il diritto al pagamento diretto, ferme restando le condizioni normative, **è possibile soltanto nel caso in cui l'assistito si avvalga sia di una Casa di Cura sia di un'Equipe Medica convenzionate con CASPIE.**

In altri casi (ad esempio ricorso ad Equipe Mediche non convenzionate pur all'interno di Case di Cura convenzionate) non potrà essere concesso il pagamento diretto, e l'indennizzo spettante viene corrisposto a rimborso. Per le eventuali prestazioni pre e post-ricovero pagate direttamente, l'assistito deve avanzare istanza di rimborso nei modi d'uso.

È opportuno accertarsi che la Struttura Sanitaria e/o il medico specialista siano convenzionati con CASPIE (NUMERO VERDE 800254313, www.caspieonline.it, retesanitaria.caspie@servizioconvenzioni.it).

L'assistito deve utilizzare la **Rete convenzionata** nei limiti delle garanzie previste dal Programma RSM deve seguire scrupolosamente la seguente procedura:

- prenotare la prestazione sanitaria presentandosi come **"assistito CASPIE Monte Paschi"**;
- fornire le proprie **generalità** e – se del caso – quella del familiare che deve usufruire della prestazione sanitaria;
- richiedere all'Operatore Sanitario di **attivare la convenzione diretta con CASPIE**; nel caso in cui la prestazione riguardi un familiare è assolutamente necessario che lo stesso sia già stato inserito nel nucleo familiare assistito con le modalità ed i tempi previsti;
- produrre all'atto della prenotazione della prestazione sanitaria (accertamento diagnostico, terapia o ricovero) una **certificazione medica attestante la necessità della prestazione e la relativa diagnosi**, documentazione necessaria alla Struttura convenzionata per richiedere a CASPIE di farsi carico della spesa; per le visite specialistiche è sufficiente che l'assistito indichi, al momento della prenotazione, il disturbo che rende necessario il consulto specialistico;
- **accertarsi** presso l'Operatore o Struttura Sanitaria, prima dell'effettuazione della prestazione sanitaria, dell'**avvenuta autorizzazione** da parte della Centrale Operativa della CASPIE;
- sottoscrivere, presso la struttura sanitaria utilizzata, una dichiarazione nella quale vengono precisate le condizioni di fornitura del servizio da parte della CASPIE e le somme che eventualmente rimangono a carico dell'assistito (**franchigie, quota destinata a riparto e spese non coperte dalle garanzie**).

Non è possibile usufruire del pagamento diretto da parte di CASPIE e delle franchigie ridotte al di fuori delle condizioni e delle modalità sopra riportate.

La procedura **non è utilizzabile** per le spese relative alla **medicina preventiva**, per la quale occorre presentare la richiesta di rimborso nei modi d'uso.

Programma rimborso spese mediche per i dipendenti della banca

PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO

Il dipendente deve presentare la richiesta di rimborso **prima possibile**, inviandola alla

CASPIE
Via due Macelli, 73
00187 ROMA.

Modalità di invio

- normali canali postali e una qualsiasi busta;
- posta interna della Banca,
 - documentazione in una qualsiasi busta con scritto "CONTIENE UNA RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE MEDICHE – DA INVIARE A CASPIE"
 - strutture periferiche: nella borsa color amaranto
 - Capogruppo Bancaria e Consorzio Operativo consedenti sulla piazza di Siena, è sufficiente inviare le buste in argomento con la normale posta interna
- sarà cura del Corriere inviare le buste alla CASPIE.

Documentazione richiesta

- a) la richiesta di rimborso, da redigere sul modulo intestato a CASPIE;
- b) **i documenti di spesa fiscalmente validi in fotocopia**;
- c) in caso di **ricovero**, copia della cartella clinica; per gli interventi chirurgici ambulatoriali, in mancanza di cartella clinica, una certificazione medica con la descrizione dell'intervento stesso e della malattia;
- d) in caso di **visite specialistiche**, attestazione dell'affezione sullo stesso documento di spesa o in separata prescrizione medica;
- e) in caso di **analisi, esami diagnostici o prestazioni specialistiche extraospedaliere**, copia della prescrizione medica, con la diagnosi;
- f) in caso di **spese per cure fisioterapiche**:
 - se dovute a **forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche**: prescrizione del medico specialista attestante la malattia;
 - se dovute a **infortunati**: prescrizione del medico specialista e certificazione a suo tempo rilasciata dal Pronto soccorso o da un'equivalente struttura ospedaliera cui si sia fatto immediatamente ricorso;
 - se dovute a **ictus cerebrale od a forme neoplastiche**: prescrizione del medico specialista attestante la diagnosi della patologia e la data della prima diagnosi.
- g) per i **ticket sanitari** è sufficiente rimettere la documentazione di spesa.

Medicina preventiva

- **per gli accertamenti diagnostici**, i documenti di spesa in fotocopia ed una certificazione medica con gli accertamenti previsti con l'indicazione "**per controllo**"; per l'effettuazione di accertamenti non compresi nell'elenco di cui al punto D), prescrizioni mediche e documenti di spesa separati;
- **per le visite specialistiche**, le ricevute di spesa, in fotocopia, con scritto "per controllo".

Indennità per grave malattia

- per **infarto, chirurgia cardiovascolare e ictus cerebrale** è necessaria copia della cartella clinica con le caratteristiche della malattia e la data della prima diagnosi;
- per **tumore e insufficienza renale** è necessaria una certificazione rilasciata dalla struttura ospedaliera che ha in cura l'assistito - con il risultato dell'esame istopatologico - dalla quale risulti la malattia e la data di prima diagnosi della stessa;
- per **il trapianto d'organo** è necessaria una certificazione rilasciata dal centro medico autorizzato al trapianto che attesti la data della necessità dell'intervento e l'inserimento dell'assistito nella lista di attesa.

Si raccomanda di porre la massima attenzione sulla documentazione da inviare.

Per quanto riguarda la diagnosi, si segnala la necessità di far certificare l'affezione accertata o presunta ed **evitare** – per quanto possibile – **l'indicazione di sintomi generici** quali: febbre, astenia, amenorrea, ecc.

*Documento 1452 Normativa Aziendale Banca Monte dei Paschi di Siena S.p.A.
Verbal di accordo stipulati dai Soci della Casdic del 22 dicembre 2008 - vigente Statuto
e nel Regolamento della Casdic*

Di seguito le linee guida per la gestione da parte di Casdic dell'attività della copertura assicurativa "long term care" (LTC) che sostituisce l'assicurazione sulla vita stipulata dalla Banca in favore del personale (come da Documento 1030DO1011 ormai annullato)

Gli **aventi diritto**, individuati attraverso i dati personali di ciascuno trasmessi da Banca Monte dei Paschi di Siena SpA, quale titolare del trattamento a una società di Elaborazione dati incaricata da Casdic, sono:

1) Con riferimento alle Aziende bancarie che hanno conferito mandato di rappresentanza sindacale all'ABI nonché alle Organizzazioni Imprenditoriali e Sindacali, soci della Cassa, che applicano il CCNL del settore del credito stipulato da ABI:

- a) A far data dal 1.1.2008, i lavoratori in servizio con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, anche parziale, ivi compresi gli apprendisti;
- b) A far data dal 1.1.2008 i lavoratori in servizio con contratto a tempo determinato e con contratto di inserimento hanno diritto alle prestazioni LTC, qualora la condizione di "non autosufficienza" si determini in costanza di rapporto;
- c) Lavoratori dimessi successivamente all'1.1.2008 con diritto immediato a trattamento pensionistico;
- d) Lavoratori dimessi successivamente all'1.1.2008 per esodo incentivato;
- e) Lavoratori dimessi successivamente all'1.1.2008 per accesso al Fondo di solidarietà;
- f) Lavoratori cessati successivamente all'1.1.2008 per superamento periodo conservazione del posto e per invalidità permanente (cessati ex art.71 lett. a, CCNL 8.12.2007 ed ex art.26 comma 1 alinea 3 CCNL 10.01.2008);
- g) Lavoratori cessati successivamente all'1.1.2008 in quanto ultra 60enni che rinunciano alla prosecuzione del lavoro (cessati ex art.71 lett.b), CCNL8.12.2007 ed ex art.26 comma 1 alinea 4 CCNL 10.01.2008);
- h) Lavoratori cessati successivamente all'1.1.2008 per giusta causa da parte del lavoratore (cessati ex art.71 lett.f, CCNL 8.12.2007);
- i) Dirigenti cessati successivamente all'1.1.2008 ai sensi dell'art.2118 c.c. (cessati ex art.26 comma 1, alinea 1 CCNL 10.1.2008);
- j) Il personale in quiescenza, anche quando l'Azienda, successivamente al pensionamento, revoca ad ABI il mandato di rappresentanza sindacale.

2) Con riferimento alla Casdic:

- a) Tutti i dipendenti in servizio a far data dal 1 gennaio 2008.

In ogni caso, gli aventi diritto per beneficiare delle prestazioni LTC dovranno risultare **"non autosufficienti"** in base ai criteri appresso specificati e le Aziende, le Organizzazioni Imprenditoriali e Sindacali e la Casdic dovranno aver versato il relativo contributo annuale nel termine stabilito.

I beneficiari delle prestazioni LTC, al momento della richiesta, dovranno risultare già inseriti negli elenchi nominativi trasmessi alla Cassa dalle Aziende ovvero dalle Organizzazioni Imprenditoriali e Sindacali di riferimento.

LE PRESTAZIONI

Il Consiglio di Amministrazione di CASDIC, normalmente ogni 3 anni, definisce l'entità e le caratteristiche delle prestazioni erogabili.

Per il biennio 2008 - 2010 le prestazioni consistono in:

Rimborso per un **totale massimo di 13.200,00 €. annuali**, erogabile anche mensilmente per i "quadri direttivi, il personale delle aree professionali e per i dirigenti" a fronte di presentazione di valida documentazione relativa a prestazioni sanitarie e/o socio-assistenziali sostenute in relazione allo **stato di non autosufficienza preventivamente accertato**.

Tale rimborso è pagabile al verificarsi dello stato di non autosufficienza per tutta la sua durata, purché questa sia superiore a 90 giorni. La definizione di "non autosufficienza" è stabilita nell'art.17 del Regolamento della Cassa ed è riportata di seguito.

La prestazione si applica ai sinistri manifestatisi a partire dal 1° gennaio 2008. In via transitoria relativamente al periodo 01 gennaio 2008 – 30 giugno 2009, verranno prese in considerazione le richieste presentate entro il 31 dicembre 2009 relative agli eventi che si sono verificati in tale periodo transitorio, a condizione che possano essere certificate tramite apposita documentazione medica rilasciata da struttura pubblica (SSN).

I SERVIZI

Per la verifica, valutazione, e gestione di tutte le posizioni relative alle prestazioni di LTC, IL C.d.A. ha deliberato di stipulare un contratto di servizi con la Newmed S.p.A, di seguito denominata anche società di gestione. Alla Società di gestione sono affidati i seguenti servizi da rendere in favore degli assistiti.

Inoltre sono a disposizione entro il 1° luglio 2009 i seguenti servizi di supporto:

Customer Care center e Centrale Operativa Assistenza accessibile attraverso numero verde 800916045 (in funzione dal lunedì al venerdì H 8-18 ed il sabato H 8-12) per:

Informazioni sulle strutture sanitarie pubbliche e private nell'ambito del Network.

Informazioni sulle procedure operative (es: informazioni sulla modulistica necessaria per apertura delle pratiche).

Informazioni sulla gestione del paziente non autosufficiente.

Informazioni sui programmi CASDIC per assistenza sanitaria LTC.

Informazioni sui centri di volontariato (non convenzionati) a cui potersi rivolgere per ricevere ulteriore supporto.

Soluzione di problematiche inerenti alla LTC (su organizzazione e gestione – con particolare attenzione agli aspetti burocratici – del paziente non autosufficiente nelle diverse regioni italiane).

Indicazioni entro 48 ore su casi concreti.

Gestione dell'assistenza (supporto nella ricerca del centro medico e, in attesa, organizzazione di interventi infermieristici o socio assistenziali presso il domicilio, trasporto da e per strutture sanitarie, esclusa urgenza).

Informazioni su operatori ed aziende specializzati in grado di fornire servizi anche attraverso offerte di beni (tipo: sedie a rotelle, materiali ortopedici-sanitari, de ambulatori, ecc.) a condizioni particolari.

Informazioni sullo stato della pratica di rimborso delle spese di ospedalizzazione e socio assistenziali.

ESTENSIONE DEI SERVIZI

I servizi relativi al Network di Newmed, al Customer Care Center ed alla Centrale Operativa Assistenza sopra descritti *saranno erogati anche nei confronti di tutti i soggetti legati all'avente diritto dal 1° grado di parentela ascendente e discendente, compresi i genitori del coniuge, conviventi, non conviventi, fiscalmente a carico e non.*

Tutti i costi e le spese resteranno a carico esclusivo dei suddetti familiari.

SECONDO PARERE MEDICO (SECOND OPINION)

La tutela della Second Opinion permette agli aventi diritto di accedere per il tramite di Newmed, alla consulenza medica specialistica da parte di alcuni primari Centri di eccellenza internazionali.

La tutela della Second Opinion è prestata con riferimento alle seguenti condizioni patologiche diagnosticate presso strutture sanitarie autorizzate:

1. MALATTIE CARDIOVASCOLARI
2. MALATTIE CEREBROVASCOLARI (ICTUS)
3. CECITÀ
4. SORDITÀ
5. TUMORI MALIGNI
6. INSUFFICIENZA RENALE
7. TRAPIANTO DI ORGANO
8. SCLEROSI MULTIPLA
9. PARALISI
10. MALATTIA DI ALZHEIMER
11. MALATTIA DI PARKINSON
12. GRAVI USTIONI
13. COMA

In ogni caso la Second Opinion potrà essere attivata anche per tutte quelle patologie che a giudizio della commissione medica preposta dalla Newmed possano essere ritenute di rilevante rischio ai fini dello stato di non autosufficienza.

La tutela della Second Opinion consiste in una consulenza medica a distanza, prestata da specialisti che operano presso Centro Specialistici di eccellenza internazionale, che fornisce un protocollo diagnostico-terapeutico sulla base dei dati clinici dell'Avente diritto, con la finalità di assistere l'Avente diritto ed il suo Medico Curante nel percorso di diagnosi e cura. Particolare oggetto della Second Opinion sono le condizioni cliniche complesse, in cui talora vi sono pareri medici discordanti in relazione alla diagnosi o alla terapia, e l'Avente diritto abbia necessità di un parere specialistico di altissimo livello.

Decorrenza garanzia e limitazioni

Il servizio di Second Opinion viene fornito all'avente diritto, senza alcun costo a suo carico, con le seguenti limitazioni:

un secondo parere medico per persona e per anno.

DEFINIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

La perdita di autosufficienza avviene quando, in modo tendenzialmente permanente, o comunque **per un periodo superiore a 90 giorni**, la persona è incapace di svolgere da sola gli *“atti elementari della vita quotidiana”* sotto indicati, necessitando pertanto dell’assistenza e dell’aiuto di un’altra persona:

lavarsi (farsi il bagno o la doccia);
 vestirsi e svestirsi;
 igiene personale;
 mobilità;
 continenza;
 alimentazione (bere e mangiare).

La Newmed avvalendosi di una commissione medica e su incarico della CASDIC, accerta il grado di autonomia del beneficiario ed assegna un punteggio secondo uno schema di valutazione funzionale.

COME ATTIVARE LE PRESTAZIONI

Chi si dovesse trovare in uno stato di non autosufficienza, per richiedere la prestazione dovrà compilare il *Modulo di denuncia del sinistro* e completare la richiesta con un certificato medico attestante lo stato di non autosufficienza, unitamente ad relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza, redatti sulla base dei fac-simili predisposti dalla Cassa.

A tal fine, gli interessati dovranno utilizzare i seguenti moduli, disponibili e scaricabili nel sito istituzionale della CASDIC www.casdic.it:

MOD.1 CASDIC GESTIONE LTC, di denuncia del sinistro con la lista dei documenti da presentare;

MOD. 2 CASDIC GESTIONE LTC, sul quale redigere il certificato medico (mod.2);

MOD. 3 CASDIC GESTIONE LTC, sul quale redigere la relazione medica (mod.3).

Inoltre dovrà essere allegata documentazione sanitaria (cartelle cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici) utile alla valutazione del quadro clinico.

Tutta la suddetta documentazione dovrà essere inviata, in busta chiusa, e per raccomandata a.r. a:

CASDIC - Piazza Grazioli n. 16 – 00186 Roma

Per rendere possibile una corretta e tempestiva istruttoria della richiesta di prestazioni *long term care* è necessario procedere alla compilazione dei suddetti moduli in ogni loro sezione, dichiarando sotto l’esclusiva responsabilità del richiedente di aver già dato tutti i necessari consensi ed autorizzazioni al trattamento dei dati personali anche sensibili.

Una volta ricevuta l’intera e completa documentazione e le richieste dichiarazioni, la CASDIC e la Società di Gestione provvederanno nel tempo massimo di tre mesi ad eseguire gli accertamenti necessari.

Si precisa che le prestazioni sono erogate da Casdic solo se lo stato di non autosufficienza si è manifestato per la prima volta dopo il 1° gennaio 2008.

Le prestazioni sono dovute, permanendo lo stato di non autosufficienza fino al decesso dell’assistito, che dovrà essere immediatamente comunicato dai familiari conviventi alla Cassa ed alla Società di Gestione.

Gli importi percepiti dopo il decesso dovranno essere rimborsati.

In caso di venir meno dello stato di non autosufficienza è fatto obbligo al beneficiario di farne immediata comunicazione alla Casdic.

In ogni caso, lo stato di non autosufficienza è soggetto a **verifica ogni dodici mesi**.

*Documento 775 Normativa Aziendale Banca Monte dei Paschi di Siena S.p.A.
D.P.R. 30.06.1965 n. 1124 Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria
contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali
D. Lgs. 23.02.2000 n° 38 - Disposizioni in materia di assicurazioni contro gli infortuni
sul lavoro e le malattie professionali.*

Di seguito si riepilogano le norme in materia di copertura assicurativa obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro (I.N.A.I.L.).

Tutto il personale della Banca è assoggettato alla copertura assicurativa obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro presso l'I.N.A.I.L.

Nozione di infortunio sul lavoro

Per infortuni sul lavoro devono intendersi tutti gli eventi di natura fortuita, violenta ed esterna che producano lesioni fisiche obiettivamente constatabili e che siano avvenuti durante lo svolgimento dell'attività lavorativa sia in sede sia fuori sede, compresi i viaggi per missione.

Sono altresì da ricomprendere anche gli infortuni cosiddetti "in itinere", vale a dire quelli occorsi durante il tragitto strettamente necessario abitazione/sede di lavoro e viceversa.

Diaria I.N.A.I.L.

L'Istituto assicuratore liquida al dipendente infortunato una diaria giornaliera per il periodo di inabilità temporanea al lavoro.

L'indennità, che viene riconosciuta a partire dal quarto giorno successivo a quello dell'evento e per tutta la durata dell'assenza, assorbe fino a concorrenza la retribuzione corrisposta dalla Banca. Ne consegue che *la Banca deve operare sul trattamento economico una trattenuta di importo pari a quello che il dipendente ha diritto di riscuotere dall'I.N.A.I.L.*

Per evitare un tardivo incasso da parte del dipendente della diaria I.N.A.I.L. viene comunque mantenuta l'intera retribuzione con l'intesa che l'indennità corrisposta dall'I.N.A.I.L. deve essere immediatamente riversata alla Banca.

La procedura risulta abbastanza complessa e pertanto è opportuno, in sede di denuncia dell'infortunio, richiedere il rimborso direttamente alla Banca ai sensi dell'art. 70 del Testo Unico sugli infortuni.

Gli infortuni che dovessero determinare la *morte del dipendente* devono essere denunciati per telegramma alla competente sede I.N.A.I.L. entro le 24 ore successive all'evento.

Gli infortuni sul lavoro che abbiano per conseguenza una *prognosi superiore a tre giorni* devono essere denunciati alla sede I.N.A.I.L. territorialmente competente entro due giorni dal momento del ricevimento del certificato medico da parte della Banca. La data di arrivo di detta certificazione deve essere comprovata con l'apposizione del timbro di arrivo della corrispondenza.

Polizza cumulativa infortuni a favore dei dipendenti della Banca

Documento 195 Normativa Aziendale Banca Monte dei Paschi di Siena S.p.A.

La polizza assicurativa contro gli infortuni, sottoscritta dalla Banca a garanzia della generalità del personale, **assicura i rischi dell'invalidità permanente e l'evento della morte conseguenti**, in maniera diretta ed esclusiva, **agli infortuni sia professionali che extra-professionali**.

Per gli infortuni avvenuti a partire dal 1° gennaio 2001 è altresì previsto il seguente trattamento:

- erogazione di una diaria e di una indennità speciale per il periodo di ricovero in ospedale, dovuto all'infortunio medesimo;
- corresponsione di una rendita vitalizia per gli infortuni che abbiano determinato una invalidità permanente di grado non inferiore al 66 per cento.

È escluso qualsiasi altro intervento per l'invalidità temporanea.

Si intendono **infortuni professionali** quelli avvenuti nello svolgimento dell'attività lavorativa sia in sede che fuori sede, nonché durante tutta la durata di una missione; sono considerati **extraprofessionali** gli infortuni "in itinere", cioè quelli avvenuti nel tragitto da casa a lavoro e/o viceversa.

Nel caso in cui l'invalidità permanente derivi da infortuni extraprofessionali, viene applicata una franchigia assoluta del 3% e pertanto:

- non viene fatto luogo ad alcun indennizzo se l'invalidità è di grado non sup. al 3% della tot.;
- viene liquidata l'indennità per la parte eccedente se l'invalidità supera il 3%;
- per gli infortuni avvenuti a partire dal 1.01.2001 la franchigia non viene applicata qualora l'invalidità permanente riconosciuta sia superiore al 20%.

Sono ricompresi nella copertura assicurativa:

- gli infortuni derivanti dall'uso di **mezzi di pubblica locomozione terrestri, marittimi, di superficie ed aerei**;
- gli infortuni derivanti dall'uso e guida di **autovetture e motocicli, biciclette, barche a motore e motoscafi**;
- gli infortuni derivanti dalla pratica a carattere **ricreativo di sport in genere**;
- le **ernie traumatiche non operabili** e le conseguenze di **sforzi muscolari** che si verificano, le une e gli altri, per causa violenta;
- gli infortuni causati da **attività propria o di terzi**, siano esse persone o animali, o da **agenti esterni di varia natura** (incendi, inondazioni, esplosioni, ecc.);
- Per quanto concerne il **volo**, è contemplato **ogni genere di incidente**, sia pure conseguente ad aggressioni od atti violenti (dirottamenti, attentati, atti di pirateria, sabotaggio, terrorismo) purché non collegati a guerra, anche se non dichiarata, ad insurrezioni o tumulti popolari.

NON sono ricompresi nella copertura assicurativa:

- gli infortuni derivanti dal **pugilato, l'atletica pesante, la lotta nelle sue varie forme, l'alpinismo, le immersioni con autorespiratore e gli sport aerei**;
- gli infortuni derivanti da voli effettuati su **velivoli gestiti da aeroclub**;
- gli infortuni derivanti da **movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche** nonché dalla partecipazione a **tumulti, guerre e insurrezioni**;
- le persone affette da **infermità mentali, alcoolismo e tossicomanie**.
- gli eventi avvenuti durante il **servizio militare di leva**.

INDENNIZZO

(La circolare è datata 12/07/2001, gli importi sono dunque in lire)

Indennizzo per invalidità permanente

L'entità dell'indennizzo varia in relazione al carattere professionale o meno dell'infortunio; in entrambi i casi è rapportata ai massimali appresso indicati e validi per gli infortuni avvenuti a partire dal 1° gennaio 2001:

• Infortuni professionali

ciascun dipendente è assicurato:

- in **caso di morte**, per una somma corrispondente a sei volte la retribuzione annua, con il massimo di L. 2.000.000.000 e con il minimo di L. 500.000.000;
- in caso di **invalidità permanente**, per una somma corrispondente a sette volte la retribuzione annua, con il massimo di L. 2.000.000.000 e con il minimo di L. 500.000.000; sulla somma eccedente il primo miliardo verrà applicata una franchigia assoluta

• Infortuni extra-professionali

ciascun dipendente è assicurato:

- in **caso di morte**, per una somma corrispondente a cinque volte la retribuzione annua con il massimo di L. 1.000.000.000 e con il minimo di L. 165.000.000;
- in caso di **invalidità permanente**, per una somma corrispondente a sei volte la retribuzione annua con il massimo di L. 1.000.000.000 e con il minimo di L. 200.000.000.

La **retribuzione annua** presa a base per il calcolo dell'indennizzo è, convenzionalmente, quella **lorda ordinaria spettante al dipendente nel mese precedente l'infortunio moltiplicata per dodici**; le variazioni retributive inerenti detto mese sono computate solo se verificatesi entro l'anno di accadimento dell'infortunio e comunque anteriormente alla liquidazione del danno.

L'indennizzo per **postumi a carattere permanente** è quantificato **applicando ai massimali assicurati la percentuale di invalidità accertata (invalidità 100% = massimale)**; per gli infortuni extraprofessionali alla percentuale di invalidità accertata viene detratta la franchigia.

Diaria, indennità speciale e rendita vitalizia

Al dipendente che, in conseguenza dell'infortunio avvenuto a partire dall'1.01.2001, viene **ricoverato in ospedale** è riconosciuto il seguente trattamento:

- diaria di L. 200.000 per ogni giorno di ricovero e per un periodo massimo di 300 giorni; il periodo di ricovero può essere anche con soluzione di continuità, fermo restando che non sono indennizzabili i ricoveri avvenuti dopo 300 giorni dalla data dell'infortunio;
- indennità speciale, semprechè l'infortunio sia indennizzabile a termini di polizza, costituita da un importo pari a:
 - 1% del capitale assicurato per l'invalidità permanente se il ricovero è di durata superiore a 14 giorni consecutivi, ma inferiore o pari a 21;
 - 2% del capitale assicurato per l'invalidità permanente se il ricovero è di durata superiore a 21 giorni consecutivi, ma inferiore o pari a 30;
 - 3% del capitale assicurato per l'invalidità permanente se il ricovero è di durata superiore a 30 giorni consecutivi.

L'importo massimo dell' indennità speciale non può comunque superare la somma di L. 20.000.000; il giorno di dimissione dall'ospedale non è indennizzabile, così come è escluso il caso di ricoveri in regime di day-hospital.

Qualora l'infortunio determini il riconoscimento di una **invalidità permanente di grado uguale o superiore al 66 per cento** e tale da richiedere un'assistenza personale continuativa, viene corrisposta una rendita vitalizia di L. 12.000.000 annui lordi.

Beneficiari in caso di morte

In caso di morte, l'indennizzo viene corrisposto ai beneficiari indicati dal "de cuius" nel testamento. In mancanza di testamento la somma viene pagata agli eredi legittimi, secondo i criteri stabiliti dal Codice Civile.

DENUNCIA DEGLI INFORTUNI

Termini di denuncia:

- **morte**

Gli Uffici D.G. e le filiali devono **informare immediatamente per le vie brevi l'Ufficio Gestione Risorse Umane** in modo da consentire allo stesso di procedere in via telegrafica alla denuncia nei termini previsti;

- **sinistro diverso dalla morte**

I dipendenti devono dare **tempestiva notizia dell'infortunio alla propria unità di appartenenza**. Gli Uffici D.G. e le filiali - appena conosciuta tale notizia - devono effettuare, nei modi d'uso, la segnalazione all'Ufficio Gestione Risorse Umane.

L'Ufficio Gestione Risorse Umane provvede a rimettere agli interessati - per il tramite dell'unità di appartenenza - una copia dell'**apposito modulo occorrente per la denuncia**.

Il predetto modulo, debitamente compilato in ogni sua parte, deve essere ritornato al citato Ufficio nel tempo utile per l'inoltro alla Compagnia nel rispetto del termine previsto (**30 giorni dalla data dell'infortunio**).

Qualora invece non si ravvisi l'opportunità di dar corso alla denuncia, deve essere rimessa una dichiarazione in tal senso

PROCEDURA DI INDENNIZZO

Termini e modalità

Se all'infortunio consegue una **invalidità permanente**, deve essere inviata all'Ufficio Gestione Risorse Umane, **entro il termine di un anno dal giorno del sinistro, una relazione medico-legale** recante la descrizione dei postumi residuati e l'indicazione della percentuale di invalidità consolidata.

Nei casi in cui, entro tale lasso di tempo, non sia possibile quantificare i postumi, non essendosi ancora consolidate le conseguenze dell'infortunio, **il previsto limite può essere elevato a due anni a condizione che pervenga alla Compagnia assicuratrice una documentazione medica nella quale si faccia espresso riferimento alla impossibilità di quantificare clinicamente i postumi**.

Qualora l'infortunio abbia determinato la necessità di un ricovero ospedaliero, l'interessato deve avanzare richiesta della diaria e/o dell'indennità speciale allegando copia della cartella clinica attestante il periodo di ricovero.

FACCI SAPERE COSA PENSI!

Ti è piaciuta questa nuova pubblicazione?
Hai trovato utili gli argomenti inseriti?

Esprimi la tua opinione!

Ascolteremo tutte le vostre proposte per crescere
e migliorare insieme!

Facci sapere se c'è un argomento che gradiresti
fosse approfondito in queste pagine di
Uilca Gruppo MPS Focus!

TESSERA 2012



Via Banchi di Sopra 48
53100-Siena

0577 41544- 0577 46954
0577 299737- 0577 299719

UILCA GRUPPO MPS



Polizza cumulativa infortuni a favore dei dipendenti della Banca

Liquidazione del danno

Le somme spettanti vengono riconosciute dalla Compagnia Assicuratrice a mezzo assegno che è inviato agli interessati per il tramite dell'Ufficio Gestione Risorse Umane.

Invalidità permanente

Una volta entrata in possesso della relazione medico-legale la Compagnia dispone i propri accertamenti (perizia medico-legale da parte di un medico di propria fiducia) e ne comunica le risultanze all'interessato per l'accettazione, procedendo quindi alla liquidazione dell'indennità che risulti dovuta.

Diaria ed indennità speciale

La Compagnia, dopo aver ricevuto la richiesta avanzata dall'interessato, completa della documentazione necessaria, dispone il pagamento della somma spettante.